

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (menor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Então cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 2007/018 **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2637547, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO**, idade 23 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no 11/12/2019, na BR 101, Bairro: Costa e Silva- Joao Pessoa-PB, aproximadamente às 12h12min, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 29 de Julho de 2020.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Mat. 67.574-8

Marina Travassos Lopes
Matrícula: 67574-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000038789-4

Nr. Autenticação

| | |
|---|------|
| BRADESCO101120200500000000002370210800000003878994500 | PAGO |
|---|------|



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-67

PARA VERIFICAR O VALOR DO CONSUMO E O PREÇO DO SERVIÇO

MATRÍCULA

1320432

REFERÊNCIA

SET/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

KETYLEN RIANCA FERREIRA PONTES
RUA SAO ESTEVAO, S/N - ALTO DO MATEUS JOAO PESSOA
PB 58000-000

| Inscrição | SMI | Quantidade de Economias | | | | Responsável |
|-----------------------|------|-------------------------|-----------|-----------|---------|-------------|
| 001.011.438.0079.0000 | 0000 | Residencial | Comercial | Industria | Passeio | |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | |

| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Espoto |
|------------|--------------------|-------------|---------------|-----------------|
| V194305350 | 15/10/2019 | EXTIACR | LIGADO | LIGADO |

ANTERIOR: 63 ATUAL: 69 CONSUMO (M3): 6 NUM DE DIAS: 31 PROXIMA LEITURA: 11/10/2020

| HIST. CORR. ANOS | CLIT | QUALID. | ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS |
|------------------|------|---------|------------------------------------|
| AGO/2020 | + | | PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES |
| JUL/2020 | + | | TURBIDEZ 10 10 10 |
| JUN/2020 | + | | CLORO 10 10 10 |
| MAI/2020 | + | | PH 0 2 0 |
| ABR/2020 | + | | COR 10 10 10 |
| MAR/2020 | + | | COL TOTAIS 10 10 10 |
| MEDIA(M) | + | | DADOS REFERENTES A: 30/1/2020 |

DATA DA IMPRESSÃO: 12/09/2020 HORA DA IMPRESSÃO: 12:25:00

| DESCRIÇÃO | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|--------------------------|---------|------------|
| ÁGUA | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | 6 M3 | 37,91 |
| CONSUMO DE ÁGUA | | |
| ESGOTO | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | 6 M3 | 30,33 |
| CONSUMO DE ESGOTO | | |

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS: R\$ 12.741,72

VENCIMENTO: 24/09/2020 Total a Pagar: R\$ 68,24

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REPL

INFORMAÇÕES GERAIS:
SENHORES PROPRIETÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVÍRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO P-ORTECO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS E AGENCIA VIRTUAL (CAGEPA.PB.GOV.BR)



| MATRÍCULA | REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 1320432 | SET/2020 | 24/09/2020 | R\$ 68,24 |

001.011.438.0079.0000 7 00132043201 4 09202070003 2

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Erik Wesley Ferreira Pontes,
RG nº 394922, data de expedição 16/06/2011
Órgão SSDS, portador do CPF nº 400.32662436, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Estevão, nº 365,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Paulo Roberto Oliveira Vito, cujo o condutor era
Paulo Roberto Oliveira Vito.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data:

João Pessoa, 31-08-2020

Erik Wesley Ferreira Pontes
Assinatura do Declarante

Paulo Roberto Oliveira Vito

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

50870 - SERVIÇO TÉCNICO E REGISTRO 1º OFÍCIO DE NOTAS - 2ª DIVISÃO DE PROTESTOS
Data: 09/09/2020 Hora: 14:17:11
Assinatura: JOSE FRANCISCO DA SILVA
CPF: 000.000.000-00

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2020-011791

Reconheço por autenticidade a firma de

ERIK WESLEY FERREIRA PONTES*****

Deu fé em testamento da verdade João Pessoa - PB, 31/08/2020, às 14:17:11.

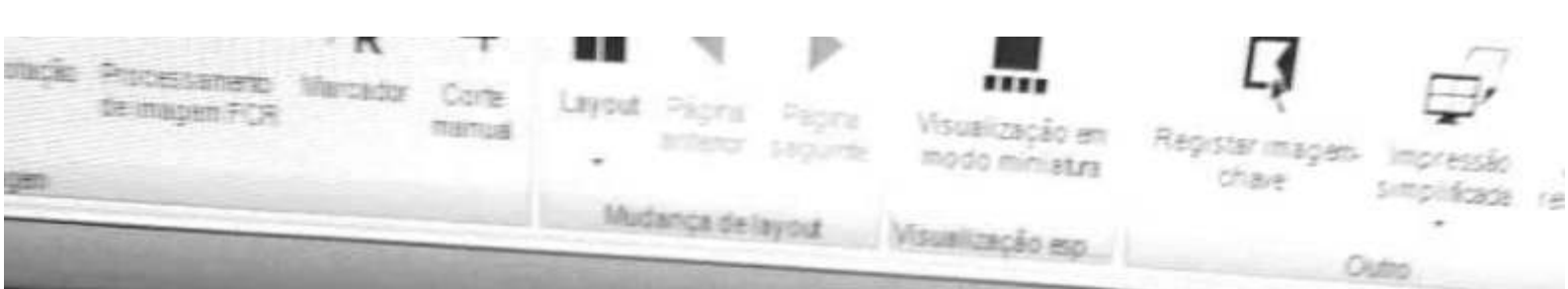
EMP. REG. 20/2020 REG. 04 PAPER: REG. 30 ISS: REG. 31

SELO DIGITAL AKK23068-IQVQ

Confira a autenticidade em <https://selodigital.50870.com.br>

JOSE FRANCISCO DA SILVA - ESCRIVÃO

JOSE FRANCISCO DA SILVA
Escrivão
50870



tirada no moto g7 plus



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



PB

NOME
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3986107 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO
700.958.084-77 10/11/1996

FILIAÇÃO
PAULO ROBERTO OLIVEIRA
FILHO
LUCIANA BRAGA DE LIMA

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO
06784804297

VALIDADE
08/04/2021

1ª HABILITAÇÃO
26/01/2017

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1633638656

oto g⁺ plus

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
12/11/2019

VIA
1

CPF / CNPJ
70082662436

PLACA
OET9230/PB

RENAVAM
00365274682

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB.
2011

CAT. TARIF.
9

Nº CHASSI
9C2KD0540CR501225

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
P A G O

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
30/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

19551-0828559-20191112

irada no moto g plus

2012



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389611 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 11/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA. P.1,11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.1
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R\$ 945,00 |
| Total | | | 7 % | R\$ 945,00 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309293/20

Vítima: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

CPF: 700.958.084-77

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO : 700.958.084-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2020
Nome: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO
CPF: 700.958.084-77

PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200389611

Vítima: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 11/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 945,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000002108-3

Conta: 000000038789-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: 21083 CONTA: 00387894

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (menor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Então cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19068307B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12 /2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



tirada no moto g7 plus



PROIBIDO PLASTIFICAR

1633638656

OBSERVAÇÕES

A ;
EAR ;

Paulo Roberto G. Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

05/02/2018

Paulo Roberto G. Silva

ASSINATURA DO EMISSOR

88022621665
PB036227420

PARAÍBA

DETRAN - PB

Nº 015456422020

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 201900000510654-3

| | | | |
|-----|--------------|-------------|-----------|
| VIA | COD. RENAVAM | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO |
| 1 | 0036527468-2 | 00/00000000 | 2019 |

| |
|-----------------------------|
| NOME |
| ERIK WESLEY FERREIRA PONTES |

| | |
|-------------|------------|
| CPF / CNPJ | PLACA |
| 70082662436 | OET9230/PB |

| | |
|-----------------|-------------------|
| PLACA ANT. / UF | CHASSI |
| NOVO PB | 9C2KD0540CR501225 |

| | |
|-------------------------|-------------|
| ESPECIE TIPO | COMBUSTÍVEL |
| PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC | ALCO/GASOL |

| | | |
|-----------------------|----------|----------|
| MARCA / MODELO | ANO FAB. | ANO MOD. |
| HONDA/NXR150 PROS ESD | 2011 | 2012 |

| | | |
|-----------------|-----------|------------------|
| CAP. POT. / CIL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE |
| 2 P/149 /CI | PARTIC | PRETA |

| | | |
|------------|------------------|---------------|
| COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC. / COTAS |
| | 00/00/0000 | 1º |

| | |
|----------------|----------------------|
| FAIXA I.P.V.A. | PARCELAMENTO / COTAS |
| ***** | 0 |

| | | | |
|------------------------|-----------|--------------------|-------------------|
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) | IOF (R\$) | PRÊMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| ***** | SEGURO | P A G O | 30/10/2019 |

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

| |
|----------------|
| LOCAL |
| JOAO PESSOA-PB |

| |
|------------|
| DATA |
| 12/11/2019 |

41955



Assinado

Agência Viçosa da Silva
Diretor Superintendente - DETRAN/PB

19551





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 11/12/2019 Hora: 11:50 Município: JOAO PESSOA/PB
BR: 101 KM: 89,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: R. KELLY, 1990369

ASPECTOS DO LOCAL

| | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Tipo de via: Principal | Tipo de pavimento: Asfalto |
| Tipo de pista: Múltipla | Condição da Pista: Seca |
| Estrutura Viária: Reta | Localidade urbanizada: Sim |
| Acostamento: Sim | Canteiro Central: Sim |
| Condição meteorológica: Céu Claro | Fase do dia: Pleno dia |

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 11/12/2019 às 11:50, na Cidade de João Pessoa, na altura do Km 89 da BR101 sentido Crescente da Via ocorreu um acidente do Tipo Colisão Transversal, envolvendo uma motocicleta Honda Bros (V1) e um Chevrolet Classic (V2) e vitimando gravemente o condutor de V1. O acidente ocorreu quando V2 seguia pela BR101 na faixa Central e V1 ao sair do acesso lateral direito, cruzou a Rodovia, não observando os veículos que já seguiam na via, colidindo na Frente/Lateral Direita de V2. Após análise dos vestígios encontrados no local do acidente é possível concluir que o fator determinante do acidente foi a ação de V1 de não ter atenção a condução. Obs: 1- Condutor teve o pré-atendimento hospitalar feito pela Equipe PRF. 2- Condutor encaminhado ao Hospital de Traumas pelo SAMU. 3 - Os dois condutores foram submetidos ao teste do etilômetro que indicou valor ZERO para ambos. 4 - Velocidade Regulamentar da Via de 50 Km/h. 5 - Ponto de colisão de (7.180612, 34.900673)



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



tirada no moto g⁷ plus



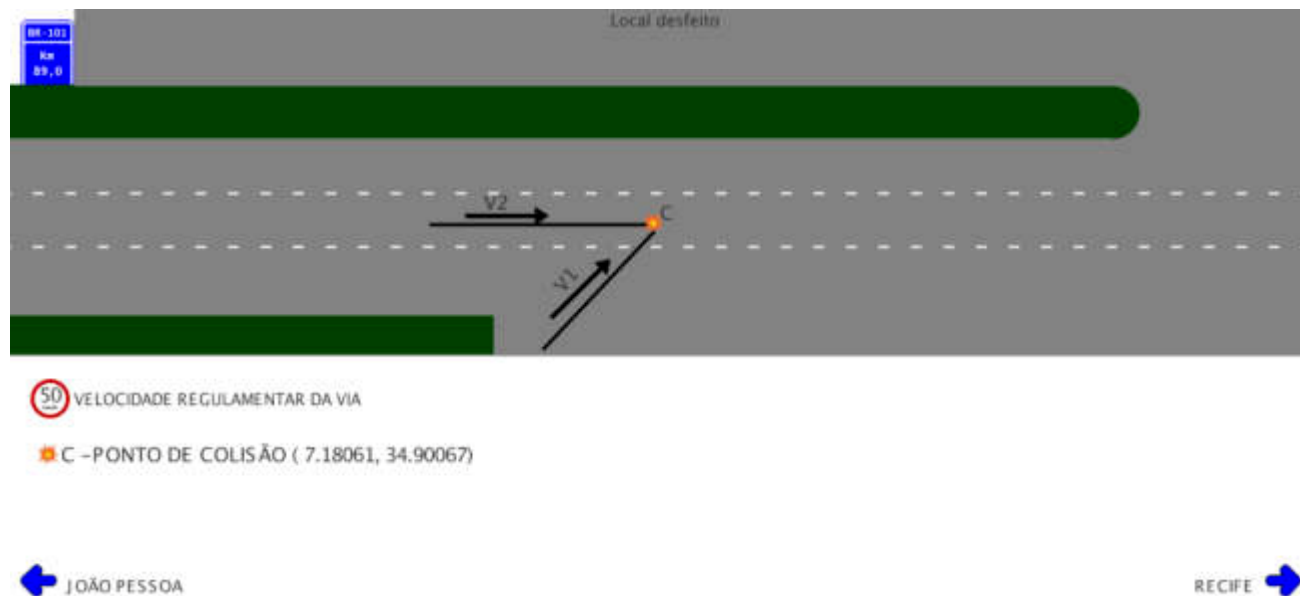


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

| Ordem | Tipo de Evento | Veículos Envolvidos |
|-------|---------------------|---------------------|
| 1 | Colisão transversal | |

MARCAS NO PAVIMENTO

| Evento | Veículo | Frenagem (m) | Derrapagem (m) | Arrastamento (m) |
|--------|---------|--------------|----------------|------------------|
|--------|---------|--------------|----------------|------------------|

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

| Tipo de Órgão | Solicitação | Comparecimento |
|---------------|------------------|------------------|
| SAMU | 11/12/2019 11:50 | 11/12/2019 12:15 |



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO
DADOS DE NASCIMENTO 10/11/96
NOME DA MÃE LUCIANA BRAGA DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.209.605
Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 11/12/19
HORA DO ATENDIMENTO 12:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA E + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 00.9 + S 82.2 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão car x moto), trazido pelo SAMU, apresentando história de síncope pilotando, dor na coluna, dor no membro inferior E com imobilização + dor no tornozelo E + ferimentos no pé com suspeita de fratura exposta. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise da tibia E sem desvio ao RX. Sem alteração à TC e aos outros RX. Realizado atendimento e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia, Neurocirurgia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 11/12/19
DATA DE EMISSÃO: 18/06/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - OET9230 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: OET9230 Marca/modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD Renavam: 00365274682
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9C2KD0540CR501225 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista
Informações complementares: Veículo entregue ao Senhor MARCELO BORGES DE SOUTO CPF: 674.799.104-44 no veículo Strada de Placas OEX-0828.



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



| Identificação do paciente | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| ID: 1465557 | Nome: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO | | |
| Data de nascimento: 18/11/1996 | Idade: 23 anos 1 mes 1 dia | Estado civil: | Sexo: Masculino |
| Mãe: LUCIANA BRAGA DE LIMA | Estado civil: | Religião: | Profissão: |
| Escolaridade: | Pai: PAULO ROBERTO OLIVEIRA FILHO | | |
| DDO Celular: 83 | Celular: 981442407 | Responsável (Parentesco): MARCELO BORGES DE BOUTO - ACOMPANHANTE | |
| Tipo documento: CPF | Numero documento: 70095808477 | DDO: | Telefone: |
| Local de procedência: BR 101 | Nº Crie: | | |
| Etnia: | Nacionalidade: JOAO PESSOA | Tipo: BARRO | UF: PB |
| Endereço: | | CBO/R: | |
| CEP: 58090750 | Município de residência: JOAO PESSOA | UF: PB | Logradouro: CARLOS ANDRÉ |
| Numero: SN | Complemento: | Bairro: ALTO DO MATEUS | |
| Admissão | | | |
| Data e Hora: 11/12/2019 12:53:52 | Numero da pubera: 1000007190260 | Convênio: SUS | |
| Especialidade: CIRURGIA GERAL | Clinica: | Origem do paciente: RODOVIA | |
| Classificação de risco: | Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA | | Detalhe do acidente: VEICULO X MOTO |
| Indicadores e Transporte | | | |
| Caso policial: Não | Plano de saúde: Não | Veio de ambulância: Não | Trauma: Não |
| Meio de transporte: SAMU | Quem transportou: | | |
| Sinais Vitais | | | |
| PA: x mmHg | Pulso: | Temperatura: | |
| Exames complementares | | | |
| Rato X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] |
| | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos: flocos, comumente encontrados naqueles os cujos flocos | | | |
| Diagnóstico: | | | |
| Atendido por: MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA | | CID: | |
| | | Tempo: 04min 07seg | |

Imprimir

15
for não fazer exames



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/NXR150 BROS ESD

Placa: OET9230

Nº BOAT: 19068307B01

Nome do Agente: R. KELLY

Matrícula do Agente: 1990369

Data: 11/12/2019

| Item | Descrição do item | Valor | Item danificado no acidente | | |
|------|--------------------------------------|-------|-----------------------------|-----|----|
| | | | Sim | Não | NA |
| 1 | Garfo dianteiro | | | X | |
| 2 | Mesa superior da suspensão dianteira | | | X | |
| 3 | Mesa inferior da suspensão dianteira | | | X | |
| 4 | Coluna de direção | | | X | |
| 5 | Chassi | | | X | |
| 6 | Garfo traseiro | | | X | |
| 7 | Eixo traseiro (triciclos) | | | X | |

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 17/12 ID da Ocorrência: 155791 N° / Equipe: 155791 Plantão: Dia Noite Hora de Saída da Base: 18:00 Hora de Chegada no Local: 18:25

Local da Ocorrência: ☐ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Santa Cruz ☐ Outros: _____

Logradouro: Rua A.A. 707 Edifício: _____ Médico Regulador: _____

Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três

Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outros: _____

QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadido-se do Local ☐ Trote ☐ Outros: _____

DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento

Destino (Unidade Hospitalar): _____ Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☐ TRANSFERÊNCIA

Motivo: _____

Hospital de Origem: _____

Responsável: _____

Hospital de Destino: _____

Responsável: _____

D-CAUSAS EXTERNAS

D-Admite de Trânsito

☐ Colisão carro x moto

☐ Queda de moto

☐ Atropelamento por: _____

☐ Colisão carro x carro

☐ Capotamento

☐ Outros: _____

☐ F.A.F.

☐ F.A.B.

☐ Agressão Física

☐ Alogamento

☐ Queda - Altura aproximada: _____

☐ Solteramento / Desabamento

☐ Choque Elétrico

☐ Outros: _____

ANTECEDENTES

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ AVC

☐ Convulsões

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença Infecto-contagiosa

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Droga

☐ Hipertensão Arterial

☐ Internamentos Anteriores

☐ Problemas Respiratórios

☐ Medicamentos de uso Contínuo

Quais? _____

1. DADOS VITAIS

P.A.: 95/60 FC: 95 FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: 95% SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: Atendimentos + AVP + mobilização

Evolução do Atendimento: Paciente consciente, orientado, respirando, com história de desmaios

ORIENTAÇÃO NA REGULAÇÃO MÉDICA: Paciente com náuseas e vômitos, com história de desmaios, com alteração da consciência, com alteração da respiração, com alteração da circulação.

Assinatura: _____



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V1 - Proprietário

Nome: ERIK WESLEY FERREIRA PONTES
Email:
Endereço: JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ: 700.826.624-36
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

V1C - Informações

Nome: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO
CPF: 700.958.084-77
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 10/11/1996
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PB
Observações CNH: 15A

Primeira habilitação: 26/01/2017
Vencimento da habilitação: 08/04/2021

Nº Registro: 06784804297
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA TAVARES DE ARAUJO, 58, OITIZEIRO, JOAO PESSOA-PB
Telefone: 83986666420

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Informações complementares: Condutor Socorrido pelo Samu para o Hospital de Traumas.

Tipo de Receptor: SAMU

V2 - VEÍCULO 2 - OET7880 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: OET7880
Ano fabricação: 2011
Espécie: Passageiro
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Marca/modelo: CHEVROLET/CLASSIC LS
Chassi: 9BGSU19F0CC142906

Categoria: Particular

Renavam: 00364409606
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Prata



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031696
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

| | | | |
|---|--|--|--|
| Paciente PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO | RAE 1209605 | Data/Hora Entrada 11/12/2019 12:53:52 | Data Baixa |
| Data de nascimento 10/11/1996 | Idade 23a 1m 1d | Sexo Masculino | Telefone de Contato (83) 981442407 |
| Mãe LUCIANA BRAGA DE LIMA | | | Prontuário |
| Endereço CARLOS ANDRÉ, SN | Bairro ALTO DO MATEUS | Município JOÃO PESSOA | UF PB |
| Acidente VEICULO X MOTO | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional FERNANDO RAMALHO DINIZ | NP Cons. Registral 2797/PB |
| Data/Hora Classificação 11/12/2019 12:53:52 | | Data/Hora Prescrição 11/12/2019 13:13:49 | |

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE PILOTANDO, VÍTIMA DE ACIDENTE CARRO/MOTO, TRAZIDO PELOS SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO DO MIE REFERINDO DORES NA REGIÃO DO TORNÓZELO ESQUERDO E APRESENTANDO FERIMENTOS NO PÉ. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. AO EXAME ATLS: VIA AÉREAS PERVIAS SEM CERVICALGIA, COLUNA IMOBILIZADA COM PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. AR: MV + AHT SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, EUPNEICO AC. BOM S/ SOPROS, RCR 2T, PAS > 90 MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, ABD FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO, BACIA ESTÁVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO, ECG 15, VIGIL, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. CM: ANALGESIA + EXAMES + PARECERES NCR/ORTO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, DURANTE 24 HORAS(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: APIPERFIL)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

FERNANDO RAMALHO DINIZ
(: 2797/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 11/12/2019 12:57:69



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Unidade: Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165788 - CNES: 2593262

| | | | |
|---|--|--|--|
| Paciente PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO | BAE 1209605 | Data/Hora Entrada 11/12/2019 12:53:52 | Data Baixa |
| Data de nascimento 10/11/1996 | Idade 23a 1m 1d | Sexo Masculino | CNS |
| Mãe LUCIANA BRAGA DE LIMA | | | Telefone de Contato (83) 961442407 |
| Endereço CARLOS ANDRÉ, SN | Bairro ALTO DO MATEUS | Município JOAO PESSOA | Prontuário |
| Acidente VEICULO X MOTO | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO | UF PB |
| Data/Hora Classificação 11/12/2019 12:53:52 | | Data/Hora Prescrição 11/12/2019 16:06:52 | Nº Cons. Regional 2682/PB |

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE PILOTANDO, VÍTIMA DE ACIDENTE CARRO/MOTO, TRAZIDO PELOS SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO DO MIE REFERINDO DORES NA REGIÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E APRESENTANDO FERIMENTOS NO PÉ, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. AO EXAME ATLS: VIA AÉREAS PERVIAS SEM CERVICALGIA, COLUNA IMOBILIZADA COM PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. AR: MV + AHT SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, EUPNEICO AC: BCNF S/ SOPROS, RCR 2T, PAS > 90 MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, ABD FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO, BACIA ESTÁVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO. ECG 15, VIGIL, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. CM: ANALGESIA + EXAMES + PARECERES NCR/ORTO CIRURGIA GERAL. FAST NORMAL E SEM QUEIXAS. CONDUTA: ALTA DA CIRURGIA GERAL.

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2682/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 11/12/2019 12:57:59



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / CHEVROLET/CLASSIC LS

Placa: OET7880

Nº BOAT: 19068307B01

Nome do Agente: R. KELLY

Matrícula do Agente: 1990369

Data: 11/12/2019

| Item | Descrição do item | Valor | Item danificado no acidente | | |
|------|--|-------|-----------------------------|-----|----|
| | | | Sim | Não | NA |
| 1 | Painel corta-fogo | | | X | |
| 2 | Longarina dianteira esquerda | | | X | |
| 3 | Caixa de roda dianteira esquerda | | | X | |
| 4 | Estrutura da soleira esquerda | | | X | |
| 5 | Air Bags Frontais | | | X | |
| 6 | Air Bags Laterais | | | X | |
| 7 | Estrutura da coluna dianteira esquerda | | | X | |
| 8 | Estrutura da coluna central esquerda | | | X | |
| 9 | Estrutura da coluna traseira esquerda | | | X | |
| 10 | Caixa de roda traseira esquerda | | | X | |
| 11 | Assoalho central esquerdo | | | X | |
| 12 | Longarina traseira esquerda | | | X | |
| 13 | Assoalho portamalas ou caçamba | | | X | |
| 14 | Longarina traseira direita | | | X | |
| 15 | Caixa de roda traseira direita | | | X | |
| 16 | Estrutura da coluna traseira direita | | | X | |
| 17 | Estrutura da soleira direita | | | X | |
| 18 | Estrutura da coluna central direita | | | X | |
| 19 | Estrutura da coluna dianteira direita | | | X | |
| 20 | Assoalho central direito | | | X | |
| 21 | Caixa de roda dianteira direita | | | X | |
| 22 | Longarina dianteira direita | | | X | |

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGUIE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNEB: 2593262

| | | | |
|---|--|--|--|
| Paciente PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO | BAE 1209695 | Data/Hora Entrada 11/12/2019 12:53:52 | Data Baixa |
| Data de nascimento 10/11/1996 | Idade 23a 1m 1d | Sexo Masculino | Telefone de Contato (83) 961442487 |
| Mãe LUCIANA BRAGA DE LIMA | | CNS | Prontuário |
| Endereço CARLOS ANDRÉ, SN | Bairro ALTO DO MATEUS | Município JOAO PESSOA | UF PB |
| Acidente VEICULO X MOTO | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA | Nº Cons. Regional 6018/PB |
| Data/Hora Classificação 11/12/2019 12:53:52 | | Data/Hora Prescrição 11/12/2019 16:59:38 | |

ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO APOS SINCOPE; NEGA CEFALÉIA; REFERE DOR NO MIE. AO EXAME GLASGOW 15, SEM DEFICIT MOTOR, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, FRATURA EXPOSTA NO MIE. CD.TC DE CRÂNIO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Handwritten signature and stamp of Mauro de Freitas Guerra Terra

Enfermeiro

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
(: 6018/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 11/12/2019 12:57:59



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031690
Tel: 32165708 - CNES: 2583262

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------|
| Paciente | SAE | Data/Hora Entrada | Data Baixa |
| PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO | 1209605 | 11/12/2019 12:53:52 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | Telefone de Contato |
| 10/11/1996 | 23a 1m 1d | Masculino | (83) 981442407 |
| Mãe | | | Prontuário |
| LUCIANA BRAGA DE LIMA | | | |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| CARLOS ANDRÉ, SN | ALTO DO MATEUS | JOAO PESSOA | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | Nº Cons. Regional |
| VEICULO X MOTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO | 6628/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | |
| 11/12/2019 12:53:52 | | 11/12/2019 20:27:50 | |

ANAMNESE

*****NEUROCIRURGIA***** ACIDENTE DE MOTO; NO MOMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT APENDICULAR. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO OU FRATURAS INTRACRANIANAS RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL ATÉ C6 SEM SINAIS DE FRATURAS NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL DOR EXCLUSIVA EM PERNA ESQUERDA CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA; LIBERADO PARA ORTOPÉDIA (FRATURA DE TÍBIA)

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
Neurocirurgião
CRM 46296
Especialista em
Neurocirurgia

Enfermeiro: RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 11/12/2019 12:57:59



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V2 - Proprietário

Nome: GENIVAL ALVES DOS SANTOS
Email:
Endereço: ALHANDRA-PB

CPF/CNPJ: 759.235.644-91
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ROSEMEIRE SILVA NOGUEIRA

V2C - Informações

Nome: ROSEMEIRE SILVA NOGUEIRA
CPF: 893.398.864-53
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 02/05/1973
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B
UF: PB
Observações CNH: A

Primeira habilitação: 26/06/2015
Vencimento da habilitação: 09/02/2020

Nº Registro: 06399609454
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA RIACHO, SN, CASA, CENTRO, ALHANDRA-PB
Telefone: 83999328840

Email:



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GÓES, JOÃO PESSOA - PB, 58031-000
Tel: 32163700 - CNES: 2593262

| | | | |
|---|--|---|--|
| Paciente PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO | BAE 1209605 | Data/Hora Entrada 11/12/2019 12:53:52 | Data Baixa |
| Data de nascimento 10/11/1996 | Idade 23a 1m 1d | Sexo Masculino | CNB |
| Mãe LUCIANA BRAGA DE LIMA | | | Telefone do Contato (83) 981442467 |
| Endereço CARLOS ANDRÉ, SN | Bairro ALTO DO MATEUS | Município JOÃO PESSOA | Problema |
| Acidente VEICULO X MOTO | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissão ODR ON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO | UF PB |
| Data/Hora Classificação 11/12/2019 12:53:52 | | Data/Hora Prescrição 11/12/2019 20:45:19 | IP Cons. Regional 6686/PB |

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE PILOTANDO, VÍTIMA DE ACIDENTE CARROMOTO, TRAZIDO PELOS SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO DO MIE REFERINDO DORES NA REGIÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E APRESENTANDO FERIMENTOS NO PÉ. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. AO EXAME ATLS: VIA AÉREAS PÉRVIAS SEM CERVICALGIA, COLUNA IMOBILIZADA COM PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. AR: MV + AHT SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, EUPNEICO AC. BCNF. SJ SOPROS, RCR 2T, PAS > 90 MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, ABD FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO, BACIA ESTÁVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO. ECG 15, VIGIL, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. CM: ANALGESIA + EXAMES + PARÉTERES NCR/ORTO.

(11/12/2019 13:12:40-FERNANDO RAMALHO DRG)

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE PILOTANDO, VÍTIMA DE ACIDENTE CARROMOTO, TRAZIDO PELOS SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO DO MIE REFERINDO DORES NA REGIÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E APRESENTANDO FERIMENTOS NO PÉ. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. AO EXAME ATLS: VIA AÉREAS PÉRVIAS SEM CERVICALGIA, COLUNA IMOBILIZADA COM PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. AR: MV + AHT SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, EUPNEICO AC. BCNF. SJ SOPROS, RCR 2T, PAS > 90 MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, ABD FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO, BACIA ESTÁVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO. ECG 15, VIGIL, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. CM: ANALGESIA + EXAMES + PARÉTERES NCR/ORTO CIRURGIA.

(11/12/2019 16:08:52-MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO APOS SÍNCOPE, NEGA CEFALÉIA, REFERE DOR NO MIE. AO EXAME GLASGOW 15, SEM DÉFICIT MOTOR, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, FRATURA EXPOSTA NO MIE. CD TC DE CRÂNIO.

(11/12/2019 16:55:38-AMARO DE FREITAS GUERRA TERRA)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO APOS SÍNCOPE, NEGA CEFALÉIA, REFERE DOR NO MIE. AO EXAME GLASGOW 15, SEM DÉFICIT MOTOR, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, FRATURA EXPOSTA NO MIE. CD TC DE CRÂNIO.

(11/12/2019 18:57:39-AMARO DE FREITAS GUERRA TERRA)

*****NEUROCIRURGIA***** ACIDENTE DE MOTO; NO MOMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT APENDICULAR. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO OU FRATURAS INTRACRANIANAS. RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL ATÉ C6 SEM SINAIS DE FRATURAS NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL DOR EXCLUSIVA EM PERNA ESQUERDA CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA.

(11/12/2019 20:27:30-RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO)

ortopedia trauma perna com fratura diafísaria de tíbia sem desvio cd: gesso + alta seguimento ambulatorial

(11/12/2019 20:45:19-ODR ON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO), (IN)JEÇÕES CLÍNICAS: A2/PERFIL)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

CURATIVO

PROCEDIMENTO

CID10

S82.2 - Fratura da diáfise da tíbia
T14.9 - Traumatismo não especificado
T14.9 - Traumatismo não especificado
T14.9 - Traumatismo não especificado
T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 6688 - TEOP-12957

Enfermeiro

ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
(: 6688/PB)



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------|---|---|---------------------|--|
| Nome PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO | | Data de Nascimento 10/11/1996 | Idade 23a 1m 1d | Sexo MASCULINO | Nº 1209605 | Nº Prontuário | Data Prescrição 11/12/2019 20:45:19 |
| Motivo do Atendimento | | Enfermaria / Leito | | Validade da Prescrição 11/12/2019 20:45:00 - 12/12/2019 20:45:00 | | | |
| Convênio SUS | | Matrícula | | Senha | | | |
| Nome do medicamento | | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Data da entrada: 11/12/2019 12:53:52 | Data da Internação: | Permanência na 7h 52min |
| 1 CURATIVO | | 0,0 | | | Via de Admin. | Veloc. Inf. | Pos |
| | | | | | | | Apazamento |

ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
CRM: 6658

Reimpresso por:
Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 6658 - TETO 1209605

Assinatura e Carimbo do Profissional



Parecer Médico

| | | |
|-----------------------------|---------------------|------------------------|
| Nome | Idade | Prontuário |
| PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO | 23A 1M 1D | |
| Boletim de Atendimento | Data de Entrada | Data Internação |
| 1209605 | 11/12/2019 12:53:52 | |
| Convênio | Leito | Clinica |
| SUS | | CIRURGIA GERAL |
| | | Permanência na Unidade |
| | | 19min |
| | | Permanência no Leito |

| | |
|-----------------------|--|
| Parecer médico | |
| Especialidade | Profissional |
| NEURO CIRURGIA | |
| Motivo da solicitação | Data da Solicitação: 11/12/2019 13:12:42 |
| POLITRAUMA | |
| Parecer | Data de Resposta: |

[Handwritten signature]
Mário de Almeida
C.R.M. 10.454
Médico Legista
Médico Legista

| Parecer Médico | | | |
|-----------------------------|--|------------------------|--|
| Nome | Idade | Prontuário | |
| PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO | 23A 1M 1D | | |
| Boletim de Atendimento | Data de Entrada | Data Internação | |
| 1209605 | 11/12/2019 12:53:52 | | |
| Convênio | Leito | Permanência na Unidade | |
| SUS | | 20min | |
| | Clinica | Permanência no Leito | |
| | CIRURGIA GERAL | | |
| Parecer médico | | | |
| Especialidade | Profissional | | |
| ORTOPEDIA | | | |
| Motivo da solicitação | Data da Solicitação: 11/12/2019 13:13:14 | | |
| POLITRAUMA | | | |
| Parecer | Data de Resposta: | | |


FERNANDO RAMALHO
CRM 1145
Cirurgia Aparato Digestivo
e Video Laparoscópica
Cirurgia Geral

Parecer Médico

| Nome | Idade | Prontuário |
|-----------------------------|---------------------|------------------------|
| PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO | 23A 1M 1D | |
| Boletim de Atendimento | Data de Entrada | Data Internação |
| 1209605 | 11/12/2019 12:53:52 | |
| Convênio | Leito | Clinica |
| SUS | | CIRURGIA GERAL |
| | | Permanência na Unidade |
| | | 18min |
| | | Permanência no Leito |
| | | |

| Parecer médico | |
|-----------------------|----------------------|
| Especialidade | Profissional |
| CLINICA MEDICA | |
| Motivo da solicitação | Data da Solicitação: |
| SINCOPE | 11/12/2019 13:11:41 |
| Parecer | Data de Resposta: |
| | |


 Dr. **Roberto Romão**
 CRM 10.113
 Clínica de Atenção Diagnóstica
 e Valorizadora de Pacientes
 Clínica Geral

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 564137

Nome

PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Data de Nascimento

10/11/1996

Nº Boletim Emergência

1209605

Prontuário

Material a examinar

Data Prescrição:

11/12/2019 13:13:49

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL (AP + LATERAL, + TO / FLEXAO)

(AP+PERFIL)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

AD + S

INCURVADO

RAIOS-X

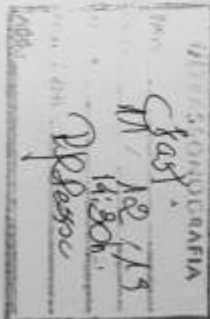
TIPO

DATA 11/12/19

HORA 13:59

NOME TÍT. MD: S. S. S.

ASS.



torax e torcervical

Maurício Arruda Fialho
Tm. Med. de Emergência
CRM-PR 21124

Relatório por:

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº: 564244

Nome

PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Data de Nascimento

10/11/1996

Nº Boletim Emergência

1209605

Prontuário

Material a examinar

Data Prescrição:

11/12/2019 16:56:38

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

| | |
|-------------------|--------------|
| Tipo... | Tomografia |
| Data... | 11/12/19 |
| Hora... | 18:03 |
| Nome do Tec. Rad. | Wosley |
| Ass. | [Assinatura] |

Reimpresso por:
dia:

Dr. [Assinatura]
Neurologia
CRM-PR 60310

Assinatura e Carimbo do Profissional



Atendimento: 201932542940

Data Nasc: 10/11/1996 - 23 anos

Paciente: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Data Exame: 11/12/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.
Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.
Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.
Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.
Não há sinais de coleções extra-axiais.
Calota craniana sem alterações.
Cavidades paranasais visibilizadas sem alterações significativas.

Este laudo foi liberado em 12/12/2019 17:39.

Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGUIR
o trabalho**

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

RG

FOI ATENDIDO (A) POR **ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO**

DO (A) **CONSULTÓRIO ORTOPEDIA**

NO DIA **11/12/2019 20:38:16**

, NECESSITANDO DE **90** - noventa

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S82.2**

T14.9

T14.9

T14.9

T14.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
5688 / CRO 12347

ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
(6688/PB)

tirada no moto g7 plus

HEFTSHI - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Paulo Roberto Alves portador(a)
da identidade RG 1210, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
982.2 horas, portador(a) da patologia CID-
10 982.2, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período
de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

11/05/2020
Dr. Rômulo Soares de Castro
033.002833 / CRM/PB 2833
CPF: 181.533.594-68

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Paulo Roberto de Vaz portador(a)
da identidade RG 1210, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
982.2 horas, portador(a) da patologia CID-
10 982.2, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período
de 90 (Noveenta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 09/03/2020

Dr. Rômulo Soares
033.002833 / CRP
CPF: 161.533.574-53

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO